

## 認知症高齢者の攻撃的行動への対応を通して、 介護職員の攻撃的行動の認知

中村陽子

### Perceptions of Caregivers through Responses to Aggressive Behaviors in Demented Elderly

NAKAMURA, Yoko

*Department of Clinical Nursing, School of Nursing, University of Fukui*

#### Abstract :

The purpose of this study was to explore caregiver responses to aggressive behaviors of elderly who live in long-term care institutions. The sample was 12 qualified caregivers including both care workers and helpers working for long-term care institutions. Data were collected utilizing semi-structured transcripts of interview with the sample. Individual data were analyzed by Grounded Theory Approach of inductive methods. Results were as follows: For caregivers' responses toward aggressive behaviors of demented elderly, 5 categories, 27 subcategories, and [tolerance] as the core category of this study were discovered from data.

《Standard attitudes of caregivers》was divided into 2 aspects,『understanding attitudes』and『professional attitudes』. Caregivers expressed negative perceptions such as miserable, sad, and, scared for both 『understanding attitudes』and 『professional attitudes』. Such negative emotional perceptions not only created inside conflicts, but also formed “waver, yuragi” based on fluctuation which causes feeling in caring for violent residents. In addition, 『points at problems derived from care』were identified with outside conflicts and inside conflicts. However, for emotional perceptions, caregivers were also shifted toward only <healing> by residents with disruptive behaviors.

In《stimulus response patterns to care》and《characteristics of aggressive behaviors》, aggressive behaviors were mixed with both physical and verbal aggressions. Moreover, aggressive behaviors occurred incidental to problematic behaviors. Clear factors for triggering behaviors were either situational, psychosocial approach of caregivers. However, unclear factors were always changed by emotional states of cognitively impaired residents. Gender differences were characterized by physical aggressions such as striking, kicking, and sexual harassment by males, and scratching, and pinching by females. Verbal aggressions mainly characteristic of females.

In《the current problems of care of aggressive behaviors》, caregivers were forced to resign, reshuffle, and burn out working energy by tolerance to take care of residents. In addition, because systematic education and vocational training have not been performed, caregivers promoted the progress of “waver, yuragi”.

**Key Words :** Aggressive behaviors, response, demented elderly, caregivers, tolerance

(Received 27 August, 2010 ; accepted 18 November, 2010)

## I. はじめに

2009年の人口統計にて、今後8年間で65歳以上の高齢者人口の比率は約26.9%に達し、全人口の約3割が高齢者という時代に入る。それに伴い、高齢者の平均入院受診率では90歳以上、また外来受療率では75歳以上でピークを迎え、後期高齢者が入退院を繰り返している現状が明らかにされている（国民衛生の動向, 2009）。このような高齢者健康動向において、認知症高齢者の増加も顕著であり、2015年には300万人余り（2000年で150万人余り）になるという試算もある（青葉, 2002）。

家族の一員が認知症になると、家族は認知症の症状に惑い、それを受け入れる在宅ケアの難しさを経験する。その困難さとは、認知症高齢者の行動変容に速やかに対応できなることである。そのような介護困難が家族崩壊に及ぶことも我々はすでに周知している。よって、家族員の介護負担を軽減させ、かつ生活維持のために専門職に委ねる傾向が近年増加してきている。一方、介護保険施設の介護職員は、個々の認知症高齢者の尊厳を尊重し、その人らしさを維持させながら、認知症高齢者のニーズに沿う個別ケアを高齢者ケアの中心に位置づけ、かつ優先させている。そのような認知症高齢者ケアにおいて、最も難しい関わりの1つに攻撃的行動があげられる。攻撃的行動とは、認知症の周辺症状（BPSD; behavioral and psychological symptoms of dementia）の1つで（石東嘉和, 2007）、認知および精神障害を有する人において、何かの刺激に反応して突如興奮し、他者を攻撃することである。このような攻撃的行動へのケアは、認知症高齢者に危害がないように留意しつつ、一方で介護職員自身にも攻撃を受けるという潜在的危険性をはらみながら、他の入所者にも影響を与えないような対応が要求される。しかし、攻撃的行動の問題は昔から存在していたにも関わらず、今まで大きな問題として取り上げられてこなかった。その理由は、介護職員からみれば攻撃的行動であるが、認知症高齢者にとっては、介護職員への特別な感情でもなければ、職員を傷つけようと意図するものでないと介護職員は認知しているからである。加えて、認知症高齢者の攻撃的行動をひき起こす要因は、認知症高齢者の内面を反映していると考えられるが、その世界を理解することは極めて困難である。よ

って、介護職員はその行動に対応するための知識や技術は不可欠であるが、極めて個性が高く限界もある。

介護職員の攻撃的行動への対応について、先行研究では、ケアの視点を予防に焦点化したものであったが、攻撃の“引き金”となる要因については、解明されていなかった（Adelheid, Z, 2009）。また施設職員と看護指導者のグループミーティングの内容をテープにとり、入所者の攻撃的行動を測定した報告があった。その報告によれば、言語的または身体的な攻撃行動は、短期的・長期的な感情反応であることと、その行動に職員は無力感をもたられされていた。しかし、介護職員はそのような行動に特化した教育やトレーニングを受けてきていないことを問題提起されていた。よって、職員の対応の再教育の必要性および職員の精神的健康の維持が重要であることを明らかにした。この報告では、攻撃的行動への具体的な対応や職員の認知については明らかにされていない（Donna, M, G, 1999）。また介護施設での認知症高齢者の攻撃的行動をCohen-Mansfield (CMAI)を用いて分析した報告があった。その報告によると、対象者の45%以上が何らかの攻撃的行動をとり、男性の対象者は身体的攻撃をとった。しかし、言語的攻撃は性別や年齢による相違はないとした（Schreiner, S, A2001）。精神科病棟の高齢入院患者の攻撃的行動について、入院患者の攻撃的行動と看護師の認知との関係では、患者の高いレベルの攻撃的行動において、看護師は患者を遠ざけるという行動を明らかにした。この結果から、看護師の態度が患者の攻撃的行動と関連性があることを指摘し、看護師の教育・トレーニングの必要性を指摘した（Shah, A, 2009）。また攻撃的行動を減少させるための看護技術として、マッサージを取り上げた報告があった。この報告では、マッサージは攻撃的行動をコントロールすることができ、さらに薬物療法なしでコントロールできることを示唆していた（Diane, M, H, 2009）。

以上の報告から明らかになったことは、介護あるいは看護における対応と認知症高齢者の攻撃的行動との間で強い関連性があるということだった。一方で、介護職員の攻撃的行動へのケアにおける個々の対応を通して、介護職員はどのような認知をもち、かつそのような認知が認知症高齢者の対応にどのような関連性があるかについては明らかにされていない。よって、本

研究でそれらを明らかにし、対応との関連性を示すことであった。この研究結果から、介護職員の毎日の対応の内省と、今後の介護職員の教育・トレーニングにおいての一考になると考える。

## II. 用語の定義

### 1. 攻撃的行動

英語では2通り (Aggression と Agitation) に使われているが、実際にはそれらの区別なく、両方の意味が内包されている。具体的には、蹴る、押す等身体を使った暴力を意味するものや罵る、喚く、叫ぶ等の言語での攻撃を指すもので、直接外観からわかるものである。一方で、内在的な不安や不平・不満等、および徘徊も属する。その他の攻撃的行動には性的行動も含まれる。これらの行動は一般的に興奮を伴う (Gates, D, M, 1999 & Adelheid, Z, 2009)

### 2. 認知症高齢者

本研究では、介護保険施設に入所している高齢者で、認知症 (概ね中程度～重度の認知障害レベルを有する) をもち、攻撃的行動を行使する人を指す。

### 3. 介護職員

本研究では、介護保険施設に勤務する介護福祉士とヘルパーの有資格者で、本研究の対象者でもある。

## III. 研究方法

### 1) 対象者

介護保険施設に勤務する有資格の介護職員 12 名で、認知症高齢者を受け持った経験のある平均勤務経験が3年以上の人とした。

### 2) 対象施設

A市近郊の介護保険施設3か所で、ユニット式あるいは従来型の認知症棟を有し、医療機関の実習施設や他の領域の研修施設でもあり、認知症ケアを積極的に行っている施設とした。

### 3) 期間

平成21年10月～11月

### 4) 研究デザイン

グラウンデッドセオリーアプローチ

### 5) データ収集方法

半構成的質問紙を用いて、面接を行った。各施設の管理者に、介護職員の勤務に支障がないように前もつ

て面接日時の調整を依頼した。よって、勤務中の合間や終了後に1回実施した。面接時間は平均1時間程度であった。質問前に攻撃的行動の用語の定義を説明し、理解を得てから面接を実施した。質問内容は、Diane, M, H 等 (Daine, M, H, 2008) の文献を参考にした。内容は①どのようなタイプの攻撃的行動を経験したか、②どのような状況で攻撃的行動は起きたか、その時何を思ったか、③攻撃的行動をどのように対応したか、④攻撃的行動に対して、どのような疑問をもったか、⑤今後どのように管理すべきかについて問うた。テープレコーダーの使用については、対象者の承諾を得た。また対象者の特性については、別の用紙を準備し、名前、年齢、性別、職業の種類 (介護福祉士、ヘルパー等)、職業歴、家族構成、結婚歴、既往歴等について質問した。

### 6) 分析方法

データ分析は Grounded Theory Approach (南裕子, 1999) の手順に基づいて行った。得られたデータから介護職員の認知症高齢者の攻撃的行動の対応に関連した意味を解釈し、分割と概念化、個々のデータと比較検討を行いグルーピング、そして修正を繰り返し、カテゴリー化しながら抽象度をあげ、理論的構成を行った。また本研究の解釈の妥当性を高めるため、対象施設以外に勤務する10年以上の高齢者ケアのキャリアをもつ看護師の意見を参考にデータを照合し、解釈を一致させた。

### 7) 倫理的配慮

対象施設に本研究に関する倫理審査を受け、許可を得た。その後研究の条件を満たす対象者の選択を施設側に依頼した。データ収集は、介護職員の仕事に支障をきたさないように施設管理者からデータ収集日の指定を受け、その指定日時に沿って行った。面接時に研究の主旨を文書と口頭で説明し、同意書に本人の署名を得た。面接場所も、各施設の管理者の指定する場所であったが、面会室やホールの一隅であり、他者に会話の内容が漏れることなく、ゆっくり話せる環境下で、かつ静かな場所であった。テープレコーダーの使用の有無は、任意であること、質問への拒否は可能であること、データは匿名で処理すること、守秘義務を負うこと、データは本研究のみに使うこと、保管場所等を説明し、了承を得た。また対象者の勤務時間を考慮し、

1 回のみの面接であることと平均 1 時間以内とした。

#### IV. 結果

##### 1) 対象者の特徴

対象者 12 名中、男性 3 名、女性 9 名で、うち介護福祉士 8 名、ヘルパー 4 名であった。平均年齢は 38.0 歳 (SD±11.9) であり、平均職業歴 (介護職員としてのキャリア) は 9.2 年 (SD±6.2) であった。また既婚者は、離婚者 1 名と夫の病死 1 名を含めて 7 名、未婚者 5 名であった。家族構成は、核家族が 4 名、3 世帯家族が 8 名であった。自己評価による個人の性格では、内向型 6 名、神経質、楽道家が 3 名ずつ、引っ込み思案、真面目、短気、外向型が 1 名ずつであった。また自己評価による健康観では、健康と評価した人が 7 名、疲労気味 3 名、腰痛 2 名であった。既往歴では、椎間板ヘルニア、顔面けいれんにて手術、そして動脈硬化にて内服治療中が共に 1 名ずつであり、主観、客観共に健康な人が多かった。

表 1 対象者の特徴 n=12

性別	男性	3 名
	女性	9 名
年齢	平均	38.0 歳
	中央値	39.0 歳
	SD	11.9 歳
職務歴	平均	9.2 年
	中央値	7.5 年
	SD	6.2 年
職種	介護福祉士	8 名
	ヘルパー	4 名
結婚歴	既婚	7 名
	離婚 (1 名)	
	病死 (1 名)	
家族構成	未婚	5 名
	核家族	4 名
	3 世帯	8 名
性格 (自己評価)	内向型	6 名
	神経質	3 名
	楽道家	3 名
	外向型	1 名
	真面目	1 名
	引っ込み思案	1 名
	短気	1 名
健康観 (自己評価)	健康	7 名
	疲労気味	3 名
	腰痛	2 名
既往歴	椎間板ヘルニア	1 名
	顔面痙攣にて手術	1 名
	動脈硬化症	1 名

##### 2) 認知症高齢者の攻撃的行動への対応を通して、介護職員の攻撃的行動への認知

日々の生活援助を軸にケアを行っている介護保険施設の介護職員の攻撃的行動に対する対応についてのインタビューを通して、得られたデータを質的・帰納的方法で分析した。分析の結果、《ケアへの刺激反応パターン》《攻撃的行動の特徴》《介護者の基本的姿勢》《介護者の認知》《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》の 5 つの dimensions を抽出した。これら 5 つの dimensions は相互に関連しており、介護職員の対応の中核となるのは[寛容]であることを発見した。

表記は、《 》はカテゴリー、< >はサブカテゴリー、[ ]は、中核カテゴリーとそれを構成する要素、『 』は、大別項目とした。

##### 《ケアへの刺激反応パターン》

《ケアへの刺激反応パターン》には、<身体的攻撃><言語的攻撃><混合型攻撃>の 3 つのサブカテゴリーで構成されていた。

攻撃的行動は、主としてケアを受ける側とケアをする側の関係で起こり、介護職員のケアの提供中に介護職員から何らかの刺激を受け、介護職員に向けて突発的に興奮と感情を伴って攻撃した。またその攻撃は他の施設入所者にも向けられることもあった。介護職員が考える認知症高齢者の攻撃的行動には、上述したサブカテゴリーに示すように 3 つに大別された。これらのほとんどの行動は、主に ADL の援助時 (入浴時の準備に伴う移動や衣類の着脱と入浴中の抵抗、排泄、移動、食事等) に起きていた。

##### <身体的攻撃>

介護職員が被った身体的な攻撃は、爪でひっかく、叩く、つねる、唾を吐く、蹴る、押し倒す等であった。この攻撃は、ADL 援助時に発生していたが、特に入浴時に起きていた。また夜間に女性の介護職員をターゲットにして急襲した性的攻撃もこの中に含まれた。

D 氏は介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に勤務し、介護福祉士として 5 年のキャリアを有していた。日々のケアにおいて、多くの攻撃的行動に関わってきたが、その体験の 1 つである入浴を拒否する認知症高齢者の攻撃的行動について述べた。この認知症高齢者は、入浴前の衣服を脱ぐ前からその気配を察し、

介護職員が入室するといきなり職員の腕を噛みつきたり、つねるという行動に出て、入浴拒否を身体を使って意思表示した。この認知症高齢者は、入浴の意味を理解していなかった。

お風呂に行く前から、もう気配がわかるんでしょうね。それで服を脱がそうすると腕を噛みつかれたり、つねられたりしました。

同施設に勤務しているC氏は、介護福祉士として8年間のキャリアがあった。C氏は性的な攻撃的行動について、以下のように述べた。

夜間静かな時に、急に起きて椅子を持ち上げて介護者を追いかけることがあった。普段はよちよち歩きの人だったんですよ。

この事例は、夜間入所者の就寝状態をパトロールしていた時におきたものであり、懐中電灯の光線が刺激になり、入眠中の夢の続きが覚醒時に継続しておきたかどうかについては不明であったが、通常の運動能力を超越した力で介護職員を追いかけた。また襲う相手は夜勤の女性の介護職員や高齢の女性入所者が対象であった。このように身体的な攻撃行動の刺激要因は介護職員の行為そのものにあった。

#### <言語的攻撃>

言語による攻撃的行動は、罵り、喚き、脅し等があった。これらの行動には感情や興奮が伴っていた。攻撃発生は身体的行動と同様、主にADLの援助時に起きていた。

C氏の体験の1つに、認知症高齢者が気に入らない事柄を抑圧的に強行された時に発せられた怒りの言葉があった。この高齢者は、入浴はいじめ（被害妄想）と認知し、いじめに関わるC氏を憎いと感じた。しかし、高齢者の体力はC氏に比較して自信がないため、家族の権限を行使して、C氏を屈服させようとしたのであった。

「あんたは介護者としては失格やわ。このことを家族に云うたで。こんなに私をいじめて楽しんでるのあんただけやわ」と罵られた。

この認知症高齢者は、入浴行為をいじめと理解し、かつ抑圧されることでデイストレスとなり、C氏に嫌

という感情をもった。嫌いの感情を痛烈な言語を用いて表現した。介護職員は、その行為を言語的に言い返すことなく、その感情をただ忍耐強く、受け入れていた。

#### <混合型攻撃>

この行動は身体的と言語的な攻撃的行動を同時に表現することであった。この行動には、トイレ介助時や入浴時に頻発していた。また攻撃的行動の多くは、このタイプであった。

E氏は介護福祉士として5年のキャリアがあった。失禁していることを理解していない認知症高齢者のトイレ介助時に、暴れる高齢者の安全性を考慮し通常2人で関わるようにしていた。1人は高齢者の行動を抑制し、もう1人はケアを実施した。

一人では暴れるので、いつも二人でトイレ介助をしているんです。一人が前に立って手を出さないように支え、後ろの人が後ろからズボンを下ろすと「止めようや」といいながら身体を動かして抵抗しますね。

B氏は介護老人保健施設で12年のキャリアをもつ介護福祉であった。入浴時に抑制した態勢の中で、精一杯抵抗されたことを以下のように述べた。

女性の利用者さんで、お風呂の嫌いな方で脱衣所で衣服を脱がそうしたら、介護者の手を爪を立てて引っ掻き、その時「ギャー」とか「バカヤロウ」とか喚くときがありますね。

豊富なキャリアを有している職員であっても、安全性を最優先に一貫したケアを行った。その間の身体的抵抗や言語的暴力の表現を忍耐強く、その行為を受け入れていた。それは、介護職員の提供するケアを認知症高齢者は理解していないことを承知して業務を遂行していた。

#### 《攻撃的行動の特徴》

《攻撃的行動の特徴》には<明確な引き金がある攻撃的行動><引き金が不明確な攻撃的行動><攻撃的行動の性差>の3つのサブカテゴリーで構成された。

相手を攻撃する要因が明らかなケースと、不明確なケースとがあった。攻撃要因が明らかなケースは、興奮する行動は常に同じ状況下であり、その行動パターンは単一であった。それ以外では攻撃的行動はおきな



かった。一方、不明確なケースは、要因が単一でなく、突発的で予測範囲外でおきた。またその行動には、性差があった。

#### <明確な引き金がある攻撃的行動>

攻撃的行動を引き起こす要因は、個人的な身体的、心理社会的側面、個人的な感情的影響、そして自分の世界を妨害される状況下のいずれかで起こり、抵抗的反応を示した。しかし、それ以外では起きなかった。最も明確な要因には入浴と排泄援助時であった。入浴を嫌う要因には、個人的な諸事情が背景にあると考えられるが、お風呂のため眠いのおこされた状況的側面、複数の入所者とお風呂に入るのが嫌だったり、服を脱ぐのが嫌という感情的側面、あるいは、個人の施設生活から生まれる淋しさ、不安、ストレス、施設の詰め混まれたケアスケジュールのために介護職員の抑圧的態度による環境との心理社会的要因等があった。身体面では便秘等による不快感を伴うものであった。また自分の世界の没頭への侵略は、徘徊中にもあり、介護職員の声かけが大きな刺激要因になっていた。

- ・ある女性は入浴の時はいつも暴れるんですが、でも衣服の着脱以外は大丈夫なんです。(B氏)
- ・便が出なくて、座薬を入れるとイライラして、ソワソワ歩きまわって、最後に必ず怒りますね。でもその時だけです。(L氏)

D氏の担当した認知症高齢者は、家族の面会後、家族が帰ったあとに淋しさや不安を感じて興奮するので、面会後は認知症高齢者の行動を警戒すると述べた。

家族の面会の多い無しにはあまり関係ありませんよ。面会の多い人でも暴れる時はありますしね。むしろ家族が帰った後に暴れ出すことがありますので、注意しています。

このように、ADL介入のみならず、個人的背景要因が攻撃的行動の引き金になっていた。C氏の経験では、ある一定期間の新人の職員に対してのみ、攻撃する認知症高齢者がいることを述べた。

職員の中で経験の浅そうな人を見ると、その人に攻撃することがありますね。このようなことをする人は、認知症がさほど進んでいない人ですけどね。

新人職員の態度が、他の職員と相違し、ケアの手順や方法、高齢者への尊厳や尊重の仕方等に認知症高齢

者なりの違和感となり、気に入らなかったかもしれない。なぜなら新人職員がケアすることに慣れてくるとその職員への攻撃的行動は消退するとC氏は述べていた。

F氏は、徘徊していた認知症高齢者に、声かけしただけで不穏症状を起こした体験を述べた。認知症高齢者にとって、自分の空間に突如他人が入りこまれることで、それが引き金になり、拒否反応となった。

声かけしたら急に不穏になって、職員の腕を噛みましたね。多分お風呂ってわかったのでしょう。

このように、明確な要因が分かる攻撃的行動は、発火点は同一で、同じパターンでおきるため、介護職員は、大きな困惑もなく、容易に予測可能であるため、準備行動もできていた。

#### <引き金が不明確な攻撃的行動>

興奮症状が突発的で、その状況によって必ず起きるという予測ができない場合であり、要因が複合的であった。そのことについてD氏やB氏は以下のように述べた。

- ・状況はその時々で違いますけど。(D氏)
- ・攻撃的行動って、いつも同じじゃないから難しい。(B氏)

一方、E氏の場合は、興奮症状の予測は可能であるが、その原因は複合的であった。

便が出なくなると攻撃的になるのですが、でも全部が排便と関連しているわけでもないのわからないですね。

要因が不明確な場合は、その行動に“なぜ興奮するかわからない”と翻弄され、介護職員はその行動をただ受け入れるしかなかった。

#### <攻撃的行動の性差>

攻撃的行動の性差は、男性の身体的な攻撃的行動は、叩く、蹴るが主となり、女性は引っ掻く、つねるであった。言語的攻撃は主として女性に多くみられた。また風呂嫌いは女性が多く、トイレは男性が多い傾向であった。性的行動は女性の認知症高齢者が男性の新人職員への対応のみで、ほとんどが男性が女性の介護職員に対してであり、年齢差は余りなかった。

H氏、J氏、K氏は、ヘルパーであったが、彼等の数多いキャリアを通して、性差について以下のように

述べた。

- ・こんな暴れる人は、男性、女性それぞれ半々じゃないかなあ。(II氏)
- ・引っ掻いたり、つねったりするのは女性に多いですね。グーで叩いたり、蹴るのは男性が多いですね。
- ・尿や便がパンツについていたので、「替えましょうか？」といって脱がそうしたら、ものすごく抵抗されました(男性の利用者)。(J氏)
- ・時々利用者さんに職員がお尻や胸を触れられたりしますね。かと思えば、動かない利用者さんをねらって、胸をさわることもありますね(男性の利用者)。(K氏)

性的な攻撃は、女性の介護職員が被害を被ることが多く、かつ入所者に対しては、自分より肉体的に弱い相手(女性)を攻撃していた。この行動は性的ハラスメントを含めた問題でもあり、女性の介護職員は不快を感じながらも耐えることを強いられた。

#### 《介護者の基本的姿勢》

《介護者の基本的姿勢》には、＜認知症だからわかってあげたい＞＜認知症の世界に気持ちを同化させる＞＜仕事として割り切る＞＜予兆のサインからの警戒＞＜十分な観察と気づき＞＜ケア視点を一致させた統一したケア＞＜興奮症状時の鎮静化対策＞＜危険からの防衛＞の8つのサブカテゴリーで構成されていた。

介護職員の攻撃的行動に対する基本的姿勢には、1つは認知症である故に、表現や伝達能力の欠如によるものであるから理解しようとするものと、一方で、どんなに暴力的な行動であっても、客観的に、かつ冷静に対応しようとする姿勢があった。攻撃的行動への対応には、予防や警戒も含まれていた。＜認知症だからわかってあげたい＞＜認知症の世界に気持ちを同化させる＞は、純粋に認知症の理解を通して、認知症高齢者の異常行動を保護し、サポートしようとするものであった。一方＜認知症の世界に気持ちを同化させる＞は、先のサブカテゴリーをより発展させ、プロとしての意識や対応を基本に、認知症高齢者のニーズに沿おうと努力している姿勢であった。両方とも積極的で、かつキャリアを軸とした関わりであった。C氏は認知症を理解することが重要であることを強調した。

認知症やからって思うんですよ。つまり病気のせいでこんな行動をとるわけだから、先ずそれをわかってやらにやって思うんですよ。

一方、長年のキャリアを通して、認知症高齢者の攻撃的行動を理解しようとする職員がいた。E氏は、個人の理解がケアに生かされるべきであり、それが攻撃敵行動の減少や予防にも通ずる事を述べた。

先ずその人を理解すれば、おのずとケアの方向性もわかるのではないのでしょうか。それができれば、そんな行動(攻撃的行動)も減ってくると思いますよ。

介護職員は認知症高齢者を取り巻く環境(生活習慣、行動パターン、背景等)を理解することで、その人のニーズを把握することが最も重要なことであり、それをケアの中心にすべきことを指摘した。そのためには感情的親和性を含めた“ラポール”を心がけることで、信頼関係を構築するコミュニケーションを多くもっていた。

#### ＜仕事として割り切る＞

この背景には、業務の煩雑さと忙しさがあった。一人の職員が多くの業務をしながら、個々のケアに関わらなければいけない状況であった。よって、攻撃的行動の対応を理性的に受け止め、1ケアとして立ち振る舞う傾向があった。攻撃的行動をおこす認知症高齢者への対応は、他の入所者と平等に他の入所者に影響を与えないように立ち振る舞うことであった。また、職員のその日の気分が入所者全員に影響しないように、あるいは、攻撃的行動へのイライラ感のような感情に動揺されずに、自己コントロールすることに努めていた。攻撃的行動をする認知症高齢者への対応について以下のように述べた。

- ・仕事に入っている時は、私生活のことは忘れてるし、それは区別していますよ。なるべく自分の気分が利用者に影響しないようにしていますし、それで怒らしたという経験はありません。(J氏)
- ・攻撃を受けても、頭が真っ白になったり、パニックではないですね。そんなことしたら仕事にならないでしょう。(D氏)
- ・攻撃された時は、ケアの一貫として考えるようにしています。つまり、ご飯を食べない、投薬ができないと同じようなものにね。これも仕事と割りきっています。(C氏)
- ・自分でストレスにならないように、コントロールしています。(E氏)

介護職員は、少数の攻撃的行動をする認知症高齢者をケアの中心に置かず、その行動が他の多くの入所者の迷惑や障害にならないように対応していた。しかし、それは攻撃的行動をおこす高齢者へのケアの手抜きの

意味ではなく、仕事としての冷静な向き合い方であった。  
＜予兆のサインからの警戒＞

興奮する前の前駆症状であるが、基本的には長期の認知症高齢者と関わりから得たものであった。症状は個別性が高いが、主として眠つきや態度の変調等の気づきは毎日の観察から得た。D氏は介護福祉士として5年、H氏は介護福祉士として13年のキャリアがあり、このような変調を敏感に気づいた。このような小さな変調の気づきはその人のキャリアと関連性が強く、それが即対応に反映されていた。またそこから得られた気づきは、キャリアばかりでなく、入所者への関心や日々のケアへの一生懸命さによって培われたものであり、それが警戒や予防ケアの方向性にも活かされていた。

- ・普段、その人の気分を覗いて、ムスツとした顔つきや眼が怒っている時や、何を話しても投げやりになっている時は、その前兆の時なので、何とか落ち着かせようと努めますね。何とか眼を合わせて話かけたり、ほほ笑んだりもしますが、そんな時は何をしても効果はありませんけど。(D氏)
- ・予兆はいつもと違う顔つきや眠つきですね。あるいは、下剤でお腹の調子が悪いとか、食欲がないとか、食事の摂取量が減りますね。このような変化は、生活を共にしないとわかりませんよね。(H氏)

＜十分な観察と気づき＞

毎日の生活の中で、些細な変化も見逃さず、それがなぜ起きたのか等を観察し、その観察の中から変化を見つけようとしていた。このような地道な観察は、日々のケアを通して遂行されていた。B氏は12年のキャリアをもつ介護福祉士であったので、入所時から攻撃的行動がある認知症高齢者は、施設環境の慣れに伴い、攻撃的行動は減少するかという問いに、以下のように述べた。

一番困ることは、以前に比べると身体的抵抗がなくなってきた時なんです。その人が良くなってきたというより、むしろ身体的にも精神的にも減退した場合が考えられるからです。ですからその辺の観察を慎重に見ることも大事だと思います。

B氏はこの高齢者の攻撃的行動の減少は、本人の身体的衰弱が原因であることを指摘した。同時に、日常生活援助を通して、日頃の観察と気づきが予防の軸になることを認識していた。

C氏は、介護福祉士として8年のキャリアがあった。薬物療法後における行動を観察して、以下のように述べた。

攻撃があってもあまり精神科の薬は使いたくはありませんね。あれを使うとADLが落ちて、何もしてくれなくなりますからね。

C氏は、攻撃的行動抑制のための薬物療法の総合的判断を観察を通して評価した。日々の観察において、薬物療法の行動面や精神面への負の影響を懸念していた。加えて、どんなに手がかかっても薬物によって抑制せず、その人らしい生活を送らせることが職務であると考えていた。

＜興奮症状時の鎮静化対策＞

認知症高齢者の興奮が出現すると、まずは沈静目的で多種多様な対応をとっていた。その中で、最も一般的対応は、興奮中は距離をおいて見守るであった。それ以外には、人形やぬいぐるみのツールを用いたり、静かな環境下で会話したり、予防的に日中のケアに重点をおいて、体操や散歩による気分転換、身体的要因としての脱水予防、職員を替える等であった。その効果は、個人差があったが、どれも一時的なもので、減少させるに至っていなかった。よって常にケアの迷いもあった。

- ・興奮している時は、自由にして距離を置きますね。(G氏)
- ・30分ほど放置したら、ホールの椅子に腰かけてテレビを見ていたわ。(L氏)
- ・落ち着かせるために、人形やぬいぐるみをもたせる。(D氏)
- ・そんな時、ゆっくりソファに座って落ち着かせたりしますね。15～20分位で、お話していると興奮がおさまってきますね。(H氏)
- ・興奮をおこすのは日中の運動量が足りないのではないかと体操を取り入れたり、この施設にある畑に連れて行って気分転換を図ったり、脱水かもしれないかと水分補給などいろいろと考えてやっていますが、その時だけで直ぐに戻りますね(興奮する)。だからそんなに効果的かと言われても何とも言いようがないですね。(C氏)
- ・職員を替えると落ち着く場合がありますね。(E氏)

介護職員は、鎮静へのタイミングを計り、試行錯誤しながら効果の方策をケアを通して実行したが、効果的な解決策は見出されず揺らいでいた。

＜危険からの防衛＞



＜危険からの防衛＞には、介助側と介助される側の双方の関係を考慮しなければいけなかった。介助する側は、認知症高齢者に危険を与えない方法で、もう一方は、介護職員の自己防衛であった。I氏の対応は、トイレ誘導時に、常に二人で対応し、認知症高齢者に両手にミトンを着用した。ケア終了後は、そのミトンは除去した。D氏の場合は、車椅子移動時に唾を吐く認知症高齢者に対して、その時のみマスクを着用し、その高齢者にしっかりと身体を密着させて、車椅子に移動させた。

- ・暴れる時だけミトンをつけさせてもらって、ひっかかれないようにしている。(I氏)
- ・唾をひっかける人には、車椅子の移乗の前にマスクをしてもらっています。(D氏)

一方、性的行動に対しては、女性職員はそのような高齢者から距離をおいた。

利用者の中で、おさわり系の方は、女性の利用者を含めて、女性職員も避けるようにしますね。(I氏)

このような性的行動への対応は、介護者－入所者間の個人的な疎遠関係を構築し、普段のケアにおいても精神的な距離をおく傾向があった。またミトンやマスク着用は倫理的問題に抵触するリスクを生む可能性があった。

#### 《介護者の認知》

《介護者の認知》には、＜十分なケアができない無能力感＞＜情けない＞＜怒り＞＜努力が報われない空しさ＞＜傷つく＞＜仕方ない＞＜怖い＞＜癒し＞の8つのサブカテゴリーで構成されていた。認知症高齢者の攻撃的行動を受けた後に感じる自己認知であったが、全体的に否定的感情に捉えていた。その中で唯一＜癒し＞は、介護職員の認知症高齢者への愛情や親和性豊かな感情であり、攻撃的行動のケアを支えていた。またこのような否定的認知は介護職員のキャリアとは関係なく、誰もがもっていた。

#### ＜十分なケアができない無能力感＞

介護保険施設に入所している高齢者の多くは、身体的障害の回復への希望は乏しく、むしろ衰退へのダウンヒルへと進行する人達であった。よって介護職員は、

どんなに一生懸命日々のケアをしても報われない達成感不足に苛まれていた。加えて、予防の対処方法に関して、個別ケア不足により興奮させてしまうことへ失敗や挫折に由来する自責感もあった。

8年のキャリアをもつC氏は以下のように述べた。

- ・利用している全員が今後状態は決して良くなるわけではなく、落ちていきますので、達成感がなく、無力感に繋がりますね
- ・この人達の心を慰められるようなケアができない自分を責めますね

このような達成感不足や自責感という否定的感情は、理想とするケアと現実との中での葛藤がうまれた。

#### ＜情けない＞

毎日の一生懸命のケアに反して、裏切るかのように攻撃的行動に出る認知症高齢者に対しての自分自身の内省の叫びであった。介護職員のケアは常に受け入れるための我慢があり、辛抱強く改善できるように専念しようとする努力があった。しかし、そのケアの効果がみられないための嘆きであった。13年のキャリアをもつL氏は、以下のように述べた。

大概職員の我慢で収まっていますが、時々本当に何がそんなに気に入らないんだろうって、一生懸命やっているのに情けなくなりますね。

効果的ケアが見つけれないことへの葛藤が共存していた。それがケアに対しての迷いをおこした。

#### ＜怒り＞

＜情けない＞とほぼ同じ意味であるが、認知症高齢者の攻撃的行動の種類によって、介護職員の感情反応の相違であった。7年のキャリアを持つG氏は、身体的な攻撃より、言語による攻撃的行動に感情反応をおこした。

認知症の程度によりますが、利用者さんから口撃されると、やはり腹がたちますよ。

L氏は認知症をもつ高齢者であることを理解しながらも、現実に行き起している言語的攻撃により自己効力感を低下させ、仕事の意味を考えることもあった。しかし、L氏は内面で立腹しても、その言葉に耐えた。

男性の利用者さんで、まだ結婚していない人だったんですが、「ホテルに行こう」って誘われましてね。それを断ったら、「おれと一緒にいられんのか」って怒りだしたの。こういうことが続いたので、この人は実家に帰っていただきましたけどね。ほんと、嫌になることもありますよ。

介護職員が“自分の何が、どこが悪いのか”という怒りが葛藤となっていた。このような行動が、介護職員を認知症高齢者から距離をおいたり、疎遠感をもたらしことになった。

#### <努力が報われない空しさ>

<無能力感><怒り>と同様で、介護者の感情反応であった。F氏は、家族の反応で自己効力感を低下させた。

ある人所者が外泊したんですが、その夜帰ってきたんですね。そして、その夜間に不穏になりましてね。それで家族が来られて落ち着いたんですが、家族が帰った後また不穏になりましてね。このような状態を家族にお伝えしたのですが、家族は職員の対応が悪いって判断されたんですよ。

このように家族の無理解によるプレッシャーも追い打ちをかけた。

#### <傷つく>

認知症高齢者であると理解しつつも、言語的な攻撃を受けると自尊心や心情が損なわれた。それは軽度の認知症であるという介護職員の認識が、このような感情反応を生んでいた。

軽度の認知症の方に暴言を吐かれる、やはり傷つきますね。何でそこまでいわれなきゃいけないってね。(E氏)

#### <仕方ない>

介護職員が、今行っているケアは、認知症高齢者の意思に反して強行していることを認識していた。このように介護職員が承知しながら行うケアには責罪感をもっていた。また認知症高齢者の拒否されながらも行使するのは、詰まったケアスケジュールの存在があった。E氏は以下のように述べた。

嫌がることをしているので仕方ないですね。

毎日の詰まったケアスケジュールは柔軟性に乏しく、ほとんど調整の余地がなかった。そのような状況下では、認知症高齢者の意思は余り反映されず、介護職員主導で施行されるケアの現状についての陳謝であった。

#### <怖い>

日中の入浴、トイレ、食事のケア以外に、夜間における徘徊から発する急襲という出来事が発生していた。襲われたのは一人夜勤の女性職員であり、夜勤は非常に恐怖を伴うものであった。

夜勤は怖いですよ。(H氏)

#### <癒し>

認知症高齢者は、攻撃的行動時の側面と、その真反対である天使のような側面をもっていた。介護職員はこのようなアンビバレントの両面に戸惑いながらも、肯定的側面にそのような戸惑いや不快感を解消させていた。

- ・いつも怒っているわけじゃないし、攻撃的な人も、ある時は私たちの癒しの存在になるんですよ。だからこんなに辛くても続けられるのです。(C氏)
- ・普段はかわいいですね。だからやっておれるんですね。(F氏)

<癒し>は認知症高齢者から、ケアの喜び、楽しさ、そして責任感を与えられた。それは、認知症高齢者への愛情や親和性を増加させ、かつ献身的ケアを支えるベースになった。

#### 《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》

《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》には、<マンパワー不足><個別ケア不足><ケアについての自信不足><ケア中の労災無補償>の4つのサブカテゴリで構成されていた。攻撃的行動のケアを通して、上記の4つの課題が明らかになった。予測がつかない最も困難な攻撃的行動のケアは、職員をバーンアウトに陥らせ、それが退職の原因のになっていた。また職員数の不足が個別的ケアの低下、職員のケアの迷いが、自信不足にも繋がっていた。このような問題が仕事の限界を認知させたが、反面、介護職員の向上心を導いた。

#### <マンパワー不足>

攻撃的行動のケアを通して、介護職員の一部に徐々に精神的消耗が激しくなり、それによって退職した。退職した職員は、余りにも仕事に集中し、一生懸命であったが、攻撃的行動で裏切りが繰り返されたことで、極度の心身疲労を起こしていた。C氏はその現状を以

下のように述べた。

- ・職員の中には心身とも疲れ果てて、バーンアウトのようになり、辞めていく人も多いですよ
- ・この職員はこの仕事が好きで入ってきます。みんなとても心根の優しい人ばかりで、やさしい人が多いですね。しかし、一生懸命やっても、言葉で罵られたり、自分を否定されるようなことを言われ、それが積み重なると段々負担になり、最後に心身に疲れをおこすんじゃないでしょうか。バーンアウトみたいになってしまうんです。

このように、認知症高齢者のために献身的なケアを遂行する職員が、知識不足から時間の経過の中で仕事への期待や希望を喪失させてしまう介護の現場があった。

一方、ケアの果てに、自己コントロールができなくなると、仕事の継続は認知症高齢者の虐待に繋がる可能性があると判断した職員は、配置転換を希望した。

以前、ある職員が問題行動のある人のケアをしていて、自分の理性が抑えられないといって、他のフロアーへ配置換えを希望した人がいます。多分その人は、何事にも一生懸命でしたので、反対に裏切られた時に怒りや無力感に苛まれたのだと思います。だから自分が何をやるかわからないと思ったのでそうしたのでしょう（B氏）

毎日のケアを通して、忍耐の限界を感じながらの職員は、辞職や配置転換せざるを得ないように、攻撃的行動は介護職員に精神的あるいは生活に大きな影響を与えた。

#### <個別ケア不足>

マンパワー不足が個別ケアの低下を引き起こした。しかし、このような職場の問題があっても、その中で何とかしてもっといいケアを提供しようとする姿勢もあった。J氏は職場での現実を、C氏は現実を踏まえて、希望するケアについて述べた。

- ・どんなに興奮しても、暴れても、その日のスケジュールを変更すると後が厳しくなるので、時間をずらしてでもお風呂には入ってもらっています。
- ・個別ケアをするためには、もっと人員が必要ですね。利用者さんは孤独感が強い人が多いです。そのような人にもっとマンツーマンで対応できればいいなあって思いますし、もう少しいいケアができないかなあって思います。

現状の中で、認知症高齢者の理解をケア（予防も

含めて）に繋げることを目指して、献身と認知症高齢者への愛があった。

#### <ケアについての自信不足>

自己のケアを内省するも、その基本となるケアの教育システム、あるいはトレーニングプログラムが構築されていなかった。よって、経験が浅く、介護福祉士、ヘルパーに関係なく知識不足の職員にとっては、ケアに関する自信がもてなかった。このような現状について、F氏、D氏、K氏が以下のように述べた。

- ・本当にどうやって接すればよいかわからなくなる時があります。教育プログラムのようなものがあれば、参加したいですね。きっとケアにプラスになると思います。（F氏）
- ・教育プログラムのようなものがあれば、受講してもっと専門的知識をもちたいです。（D氏）
- ・時々「こんなにしているのに、なんでやろ、僕の対応が悪いのかなあ」って思うことがあります。（K氏）

介護職員は、現状に妥協することなく、“これでいいのか”という疑問をもちながら、不確かなケアをしている現状があった。よって、試行錯誤する揺らぎが見られた。その状況下で、介護職員は確かなケアを目指して、もっと学びたいという向上心をもっていた。

#### <ケア中の労災無補償>

攻撃的行動にて受傷しても、その後の保障制度が未整備であるので、すべてが自己負担であった。このような制度の未整備もバーンアウトへの起因となる可能性があった。L氏は、以前おきた他者の出来事について述べた。

噛みつかれた肩から出血しましてね。それで病院に行って治療しましたが、治療代はどこからも出なくて、その人、かなり長く病院に通っていましたが、自己負担だったですよ。

不安定な雇用状況や職場環境の葛藤が介護職員の我慢を助長させていた。その我慢が攻撃的行動のケア問題（人事も含め）を表面化させてこなかったと考えられた。

## V. 考察

本研究における認知症高齢者の攻撃的行動は、認知症高齢者—介護職員間における主として、ADL 援助時や徘徊時での関わりで起きていた。その中で、攻撃的行動の引き金となる要因の 1 つに、感情面があった。介護職員が多く体験するケアの 1 つである入浴援助においては、介護職員の抑圧的な態度が、認知症高齢者を刺激して攻撃的行動を引き起こした。介護職員にとっての入浴の提供は、認知症高齢者の皮膚の保清、失禁・感染予防の看護ニーズに向けてのケアであった。しかし、認知症高齢者にとっての入浴は、突然介護職員が認知症高齢者の世界に入ってきて、しかも無理矢理身体を洗われることへのデイストレスやそれが嫌だという感情を生じさせ、その感情を反映させての拒否行動であった。このように認知症高齢者が意思を直接伝えられないことや入浴を理解できないことが挑発的な拒否行動となった。

特に認知症高齢者は否定的感情は残るため、(杉山孝博, 2008) 入浴という刺激が嫌という感情を喚起し、それが繰り返されていたと考える。2 つ目は、認知症高齢者の内面におきる個人的事情や入所者と介護職員との人間関係を背景とした心理社会的条件下で、職員の声かけや対応等が刺激となり攻撃的行動をおこした。3 つ目の身体的要因は、便秘に関する不快感であり、4 つ目の他の問題行動(徘徊)中に、職員の声かけ等が刺激となり興奮することもあった。これらの要因が単一であれば、介護職員は明確に対応することはできたが、複合的要因が重なると介護職員はケアを困難にさせていた。一方、攻撃的行動の予防として、観察を怠らず、それを通して予兆の早期発見に努めていた(図 1)。

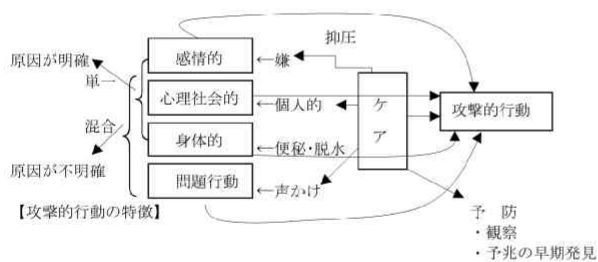


図1 攻撃的行動に至る関連図

5つのカテゴリーは相互に作用していた。また《介護

者の基本的姿勢》には、介護職員の認知症高齢者を『理解しようとする姿勢』と『専門職としての姿勢』に大別できた。『理解しようとする姿勢』は、攻撃的行動パターン、認知症高齢者の背景の理解、そして認知症高齢者へのラポートを基本とした受容的姿勢があった。『専門職としての姿勢』は、観察を基本とした予防への対応があった。そのような対応から《攻撃的ケアにおける現在の課題》を生んだ。これら大きな2つの基本的姿勢による対応の狭間で個別ケアへの理想と現実の中で葛藤がおきた。多くは否定的(情けない、傷つく、怖い等)であり、それらの否定的認知が、介護職員の日々のケアの中での内的葛藤を引きおこしていた。介護職員はケアの不確かさ、自信不足、“これでいいのか”、“なぜ興奮するのかわからない”等の困惑がケアに対しての「揺らぎ」をおこした。しかし、ケアを通して否定的な感情的反応の中で、唯一肯定できる<癒し>があった。この<癒し>が介護職員の日々のケアを支えていた。《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》は、介護職員の職場における外的葛藤をおこし、介護職員にストレスを与えていた。このように介護職員に内的・外的葛藤を与える対応の中核は、介護職員の[寛容]によって成立していた(図2)。

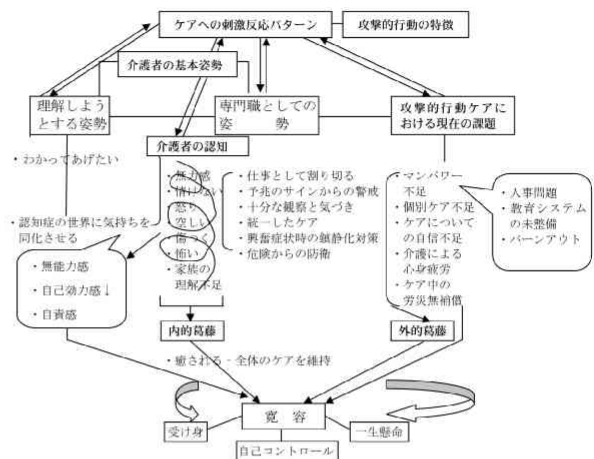


図2 攻撃的行動に対する介護職員の認知とその関係

本研究の[寛容]とは、目的のために耐え、精進するが、その行動を許し受け入れることを意味する。介護職員が認知症高齢者の攻撃的行動を受けても、その行為をじっと耐え、「認知症だから」とその行動を受容する姿勢があった。Butler, F 等(Butler, F, 1988)「看護と

は患者の攻撃の矢面に立たされる仕事であり、それを理解しなければいけない」と提唱するように、耐えることも看護/介護職には責任遂行のプロセスにおいて重要である。[寛容]の要素には介護職員の【受け身】【自己コントロール】【一生懸命】で形成されていた。介護職員は、認知症高齢者が挑戦的に挑む行動に耐え、あくまでも【受け身】に徹し、受け入れていた。また高齢者の暴言・暴力後に得る介護職員の怒りや悲しみという感情やその行為そのものに対して【自己コントロール】しながら冷静に受け止めていた。そして日々認知症高齢者のケアを通して認知症高齢者の理解やその人らしさの維持のための親和性の意味をもつラポールケアと共に行動観察にて何とかして予防へ導こうと専心していた【一生懸命】(図2)。

《ケアへの刺激反応パターン》《攻撃的行動の特徴》では、攻撃的行動は、本研究においては混合型が多く、そのタイプが主に介護職員に挑発的、突発的に翻弄させた。この結果は、Gates 等 (Gates, D, M, 1999) や Adelheid, Z 等 (Adelheid, Z, 2009) の報告と一致した。またその要因には、明確なものと不明確なものがあった。前者は、攻撃的行動の要因となる状況における感情面や職員の態度等の心理社会的側面において単一で、常に同一パターンで興奮症状が現れた。一方、不明確な要因は、その日の認知症高齢者の気分次第で相違し、しかも要因は複数に及ぶため予測不可能であった。Schreiner, S, A の報告 (Schreiner, 2S, A000) によれば、攻撃的行動の要因は、空腹感、痛み、感染、感覚的知覚の欠如、もしくは低体温のような身体的ニーズから発生するが、これらのニーズを伝える能力の欠如が興奮をおこし、結果として攻撃的行動となるとしている。一方、Miller, F, M (Miller, F, M, 1997) や青葉 (青葉, 2002) 等は、そのような身体面のみならず、認知症高齢者のストレス、淋しさ等の精神症状に伴って起こることもあると説く。また Holliday-Welsh 等 (Holliday-Welsh, 2008) は刺激の増加または低下、職員による性急な促しやビジネスライクのようなアプローチも要因として挙げられていた。本研究において、攻撃的行動の要因は、これら先行研究の報告と一致した。しかし、本研究では、介護職員と認知症高齢者間の攻撃的行動についての調査のため、Miller や青葉が述べる認知症高齢者個人の諸事情に主に焦点化しなかった。

よって、個人的背景に関する攻撃的行動との関連性は余り明らかにできなかったと考える。しかし、本研究の新たな発見は、徘徊等の最中の声かけが刺激となつて、突発的に攻撃的行動を起こすことであった。このように、攻撃的行動の要因は、認知症高齢者の複雑かつ個別の内面性を反映し、しかも介護職員の対応が接点となり発火した。このようなことを鑑みて、個々の認知症高齢者の内面でおきる諸事情を介護職員が把握することは極めて困難であり、いつ、どのようにそのことが認知症高齢者に喚起するかを予測することはできない。よって、介護職員のアプローチとしては、パーソンセンタードケアに準じ、認知症高齢者を中心に他職種との連携を密にして、その人の関心事を発見し、それをケアに繋げることが重要である。先ず個人の背景や行動パターンに応じた個別理解である。そのためには健常時の頃の生活様式や嗜好形態等を家族から聴取することは不可欠である。また要因は複合的で突発的であるという特徴から日頃の観察やとぎすまされた気づきも専門職として求められる。加えて、ケアスケジュールの柔軟性やいつ、どのように声かけするか状況判断やタイミング、施設生活において、関心のあるものの提供や身体的な疲労を与える適度な運動等も適切なケアと考える。かつ個人空間で行われるタッチイングもラポールケアとして意義のある技法である。そして何よりも認知症高齢者に安心感を与えることが最も重要であると考えられる。

性差に関しては、身体的行動における男女差は、男性は叩く、蹴る、トイレでの抵抗、そして性的行動が挙げられた。本研究では、女性は引っ掻く、つねる、入浴嫌いであった。言語による攻撃的行動は、男性に比較して、女性の方が多く、その内容は辛辣であった。介護職員は、身体的な攻撃的行動より、言語による攻撃的行動に傷つく場合があった。また認知症のレベルと介護職員の傷つく程度が相対しており、比較的軽度の認知症高齢者の言葉で傷ついていた。これは、介護職員が健康高齢者から攻撃されているかのように知覚していたのかもしれない。男女の比率は、Schreiner, S, A (Schreiner, S, A, 2001) の報告では、男性が 58.2%とやや多かったが本研究の対象者の認知では、ほとんど相違がなかった。Shah, A 等 (Shah, A, 2000) は、認知症高齢者でも比較的若い男性に身体的な攻撃的行動をと



る人が多いと報告しているが、本研究においては、認知症高齢者の年齢差について多くをインタビューしなかったため不確かであるが、年齢差より、むしろ運動機能と関連性が高かったと考える。またこの症状は介護職員・認知症高齢者、のみならず認知症高齢者一入所者間、認知症高齢者一家族間（攻撃的行動をおこす高齢者の多くは在宅でも有していた）で引き起こし、周囲を巻き込み恐怖や不快感を与えた。加えて、徘徊をする認知症高齢者を除き、ADL のセルフケアの依存度の高い認知症高齢者が攻撃的行動をおこす傾向があった。さらに攻撃的行動を起こす時間帯であるが、Miller, F, M (Miller, F, M, 1997) によれば、日中が多いという報告であったが、本研究では日中ばかりでなく、むしろ夜間に多く起きていた。

《介護者の基本的姿勢》では、認知症高齢者の理解である「背景を知る」と「行動パターンを知る」ことが、鎮静化ケアや予防ケアに繋げるための最も有効な知識であることをキャリアのある介護職員は認知し遂行していた。加えて、前駆症状である認知症高齢者の目つき、気分、感情に注目し、その症状に合わせたケアを心がけていたが効果的方策は見いだすことは少なかった。さらに徘徊中の介護職員の声かけに反応し、興奮する認知症高齢者に対して、刺激の分量が多くても少なくてもダメであることは Holliday-Welsh (Holliday-Welsh, 2008) 等の報告と一致した。声かけのタイミング同様、刺激量もケア困難の 1 つであることがわかった。認知症高齢者一介護職員間の距離に関して、興奮中は距離をおくことで鎮静化していたが、性的攻撃を受けた女性職員は、高齢者が興奮していない時も精神的な距離間を置くようになる傾向があった。この結果は、Shah, A (Shah, A, 2000) の結果と一致した。但し、本研究では性的攻撃のみのケースであり、他の一般的な攻撃では鎮静化のための距離間であった。

《介護者の認知》では、介護職員のケア中に、情けない、悲しい、傷つく等の否定的認知は、介護職員の自尊心の低下、ケアが報われない失敗感、ケアに対しての無能力感、自己効力感の低下、そして生きがいの喪失に繋がった。しかし、このような介護職員の認知は、認知症高齢者には伝わらないことを理解し、内的葛藤となっていた。加えて、ケアに対して強行する罪罰感や興奮させてしまう失敗感が挫折を導き、《攻

撃的行動ケアにおける現在の課題》へと移行した。同時に、これが介護職員の外的葛藤となった。介護職員の人員不足、個別ケア不足等の問題はスタッフニーズとなった。しかし、これらの内的・外的葛藤は相互に関連し、最終的には介護職員のケアの質を低下させたり、退職、あるいは配置換え、チームとしての機能不全をおこす危険性を潜在的にはらんだ《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》になった。さらに、ケアにおける介護職員のモラルの低下や倫理性の低下、あるいはケアの質・量の低下を導く問題になることも考えられた。それらが、介護職員の心身疲労によるバーンアウトを引き起こし、結果として人員不足によるケアの安全性の低下を招きかねないと考えられた。Miller, F, M (Miller, F, M, 1997) の報告と比較すると、認知症高齢者に対しての尊重した態度を重要視し、一生懸命に取り組んでいる姿勢は一致したが、Miller の報告では管理者と介護者との間にケアに対するずれ（管理者は人事やコストを中心に考え、ケアにおいてはどんなケアもケアの 1 つとの考え方）があった。残念ながら、本研究では、管理者へのインタビューをしなかったため、どの程度のずれがあり、それが介護職員にどのように影響を与えるかについては不明であった。Evers, W (Evers, W, 2002) によれば、過重労働と精神疲労との関連性は高く、しかも 1 年目の新人職員によっておきる可能性が高いと述べている。本研究でも、ケアの中心はキャリアによることが多いため、新人の職員は認知症高齢者の攻撃的にされていた。ケアの慣れや対応方法がわからないことによる精神疲労が、バーンアウトを生じさせかねないと考えられた。よって、施設管理において、新人職員への配置や職員構成は大いに考慮されるべきではないかと考える。認知症高齢者のケアにおいて、認知症高齢者への人格としての尊重や権利擁護にまつわる尊厳の維持は、高齢者ケアにおいて最も重要である (Conventry, M, L, 2006) のは言うまでもない。

しかし、そのような中でどんなに暴れようが、入浴時の抑制や排泄ケアにおけるミトンの装着等は倫理的側面において再検討の余地があると考ええる。そこまで至らせない対応がポイントではないかと考える。同時に、職場においては ADL のケアのみが一日のシフトの中で要求されるものではなく、その他に多くの仕事を

こなしながら、攻撃的行動への対応にも関わらざるを得ない状況であった。そのような状況下で、介護職員の中には、攻撃的行動のある認知症高齢者は、各ユニットあるいはチームに1名程度にしないと、他の入所者や職員に及ぼす影響が大きいと考える職員もいた。他の入所者に影響なく、公平なケアへの提供において重要であるとする。Kolanowski, M, A 等(Kolanowski, M, A, 2005)は、高齢者の個人ニーズにより時間をかければ、より多くの効果が得られると述べているように、個別ケアの重要性を強調すると共に、それによるニーズの充足は攻撃的行動の減少、あるいは予防に繋がることを多方面の現場ですでに周知されていた。2008年の厚労省の統計報告によると、介護保険施設の入所者数は、平成19年時点で、全国で介護老人福祉施設は概ね41万人余り/5892施設、介護老人保健施設は31万人余り/3435施設であり、その中で介護老人福祉施設では、認知症の入所者は主にランクIII（日常生活困難にて必要時要介護）が最も多く34.6%、ランクIV（日常生活困難にて常に要介護）が29.3%であった。一方、介護老人保健施設ではランクIIIが最も多く36.5%であった。加えて、これらの施設に就労する介護職員の一人あたりの在籍者数は介護老人福祉施設・介護老人保健施設共2.2人であった（介護サービス施設、2009）。この報告から即各施設の勤務環境を分析はできないが、各職場の勤務スケジュールを考慮すれば、外的環境としての人事問題はかなり回避できるのではないかと考えられる。要は、介護職員も述べているように、周辺症状をもつ入所者の重症度の比率によるところではないかと考えられた。最後に、各職場において、問題行動におけるトレーニングや再教育がほとんど実施されていないという現状があった。キャリアは重要である。介護保険施設での特異な認知症高齢者の行動パターンや気分変化を理解する上でのキャリアは貴重であるとする。よって、このようなキャリアはケアの質を向上させる。しかし、経験と共に、もっと系統的学問から得られた知識を基本にして、ケアを判断し優先順位の決定は、よりケアの質を高めるものとする。施設において、フロア内でのカンファレンスや勉強会を開催して、情報交換や意見交換をすることはよいとするが、その上の大きな枠組みがシステムとして欠如しているとする。

Hagen, F, B(Hagen, F, B, 1995)は、ケアの方向性を決定するための教育の重要性を説いている。特に予防ケアを中心にしたものであるが、その中で、攻撃的行動のケアはより専門的知識が必要であり、かつ小さな変化の気づきが予防に必要であるため、仕事の一部として捉えることの危険性を指摘した。より専門的に、しかも一部の職員ではなく全員参加の施設教育の重要性を指摘した。攻撃的行動のケアが1ケアでないことを全員が考えないと、このケアは発展しないと考える。そして教育システムが整えば、介護職員の無能力感や挫折感は低下し、ケアの質の向上にも繋がるものと確信する。

## VI. まとめ

1. 攻撃的行動に対する介護職員の対応において、《ケアへの刺激反応パターン》《攻撃的行動の特徴》《介護者の基本的姿勢》《介護者の認知》《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》の5つのカテゴリと27のサブカテゴリを抽出し、その中核には「寛容」を発見した。
2. 攻撃的行動は、介護職員の介入中に何らの刺激が引き金になっていた。その要因は、抑圧されることによるデイストレスや嫌という精神的・感情的、個人的背景や介護職員の態度による心理社会的、便秘等の身体的、そして問題行動（徘徊等）中における職員の対応であった。また攻撃的行動の明確な要因は常に単一で、同じ行動パターンでおきたが、不明確な要因では複合的なため、ケアを困難にさせた。
3. 介護職員の対応において、『理解しようとする姿勢』、『専門職としての姿勢』の2つに大別できた。『理解しようとする姿勢』と『専門職としての姿勢』の狭間で、情けない、傷つく、怖い等の否定的な感情的認知が介護職員の内的葛藤を作った。この内的葛藤が介護職員の迷いを基本とした「揺らぎ」を形成した。また《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》は外的葛藤となり、職員にストレスとなった。このような否定的認知の中で、唯一「癒し」が、介護職員のケアを支えた。
4. 《ケアへの刺激反応パターン》《攻撃的行動の特徴》は、身体的・言語的の混合型が多かった。また、たそがれ症候群や徘徊等の問題行動に付帯して、介護職

員の声かけ等で攻撃的行動をおこすこともあった。明確な要因では、対応として予防は可能であったが、不明確な要因では、認知症高齢者の気分で異なり、かつ要因が複合的であったので、予測不可能であり、かつ突発に起きた。性差に関しては、身体的行動では、男性は叩く、蹴る、トイレでの抵抗、そして性的行動があった。女性は、引っ掻く、つねる、入浴嫌いが特徴で、言語による攻撃的行動は女性が多く、内容は辛辣であった。その言葉で傷つく介護職員も多く、言語による攻撃的行動の方が、身体的な攻撃的行動より職員に心理・精神的に与えた影響は大きかった。また攻撃的行動をおこす認知症高齢者は、年齢差より運動機能と関連性があり、その行動に影響を与えていた。

5. 《介護者の基本的姿勢》では、認知症高齢者の理解が、鎮静ケアや予防ケアに繋げる有効な知識であった。しかし、前駆症状の気づきから有効な対応は個性が高いため見いだすことが少なかった。
6. 《介護者の認知》では、介護職員の否定的認知は、内的葛藤を生んだ。否定的認知は、介護職員のキャリアとは関連性がなかった。
7. 《攻撃的行動ケアにおける現在の課題》では、退職、職員の配置換え、バーンアウト、個別ケア不足等は外的葛藤となり、これらの問題においても介護職員の「寛容」を強いた。また組織的な教育やトレーニングの実施がされていないことも介護職員のケアの「揺らぎ」を助長した。

## VII. 引用文献

- 1) 青葉 安理: 老年期痴呆の治療と看護, p62, 南江堂, 東京, 2002
- 2) Adelheid Zeller, Sabine Hahn, Ian Needham and others: Aggressive behaviors of nursing home residents toward caregivers, *Geriatric Nursing*, vol. 30 (3), 175-183, 2009
- 3) Bulter, F., Burgio, L. D., and Engel, B. T: Nurses's attitudes towards geriatric behavior problems in long-term care setting, vol. 23, 24, 1988
- 4) Coventry, and Martha L: Care with Dignity, *Journal of Gerontological Nursing*, 42-43, 2006
- 5) Diane M, Holliday-Welsh, Charles E, Gessert Collen M and others: Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment, *Geriatric Nursing*, vol. 30 (2), 108-115, 2008
- 6) Donna M. Gate, Ursula Meyer and others: Violence: Against caregivers in nursing home, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 25, 12-22, 1999
- 7) Evers, W., Tomic, W., and Brouwers, A.: Aggressive behavior and burnout among staff of homes for the elderly, *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 11, 2-9, 2002
- 8) Gates, D. M., Fitzwater, E.: Violence against caregivers in nursing homes, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 25, 12-22, 1999
- 9) Hagen, F. B., Sayers, D.: When caring leaves bruises; The effects of staff education on resident aggression, *Journal of Gerontological Nursing*, 8-11, 1995
- 10) Holliday-Welsh, and Gessert, E. C: Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment, *Geriatric Nursing*, vol. 30, 113-115, 2008
- 11) 石東嘉和, 山中克夫 (編集): 認知症高齢者の理解とケア, 4, 学研, 東京, 2004
- 12) 介護サービス施設・事業所調査, 76, 80, 87, 厚生労働大臣官房統計情報部編, 2009
- 13) 国民衛生の動向, vol. 56 (9), 41, 75, 厚生統計協会, 2009
- 14) Kolanowski, M. A., Litaker, M., Buettner, L.: Efficacy of Theory-based Activities for behavioral Symptoms of Dementia, *Nursing Research*, vol. 54, 219-221, 2005
- 15) Miller, F. M: Physically aggressive resident behavior during hygienic care, *Journal of Gerontological Nursing*, 24-38, 1997
- 16) 南裕子 (監修), 換華子, 森岡崇他: 質的研究の基礎; グランデッド・セオリーの技法と手順, 医学書院, 東京, 1999
- 17) Shah, A., Chiu, E., Ames, D., : Characteristics of aggressive subjects in Austlarian nursing homes, *International Psychogeriatrics*, vol. 12 (2), 145-155, 2000
- 18) Schreiner, S. A.: Aggressive behaviors among demented nursing home residents in Japan, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16, 203-208, 2001
- 19) 杉山孝博: 認知症の理解と援助, 97-99, クリエイツかもがわ, 京都, 2008